AMEA-nın Xəbərləri (biologiya və tibb elmləri), cild 67, №2, səh. 110-113 (2012)

Enterovirus İnfeksiyası Olan Qadınlarda Hamiləliyin Gedişinin Xüsusiyyətləri

N.F.Heydərova
1 saylı qadın məsləhətxanası, Bül-Bül pr-ti, 8, Bakı AZ 1000, Azərbaycan

Hamiləliyin dayandırılması enterovirus infeksiyalı pasientlərdə hamiləliyin ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından biridir. Nəzarət qrupunda hamiləlik dövrundə hamiləliyin dayandırılması qorxusu 34,0% pasientlərdə müşahidə olunsa da, əsas qrupda bu təhlükə residiv xarakter daşıyaraq 68,1% pasientlərdə müşahidə olunmuşdur. Plasentar çatışmamazlıq diaqnozu 42,6% enterovirus infeksiyalı pasientlərdə qoyulmuşdur ki, bu da nəzarət qrupundakı tezlikdən etibarlı şəkildə 2,3% yüksəkdir. Sidik yolları infeksiyalarının və plasentar çatışmamazlığın tezliyinin artması bətndaxili yoluxmaların reallaşmasına imkan verən birbaşa amillərdir. Ən çox rast gəlinən ağırlaşma halı döl suyunun vaxtından əvvəl kəsilməsi (boşalması) əsas qrup hamilə qadınlarda 55,0%, nəzarət qrupunda 29,5% təşkil etmişdir. Yuxarıda göstərilən məlumatlar hamiləlik və doğuş vaxtı baş verən ağırlaşmalar və ardınca bətndaxili infeksiyaların meydana gəlməsi ilə bağlı olan anamnestik göstəricilər arasında qarşılıqlı əlaqənin olmasını güman etməyə əsas verir.

GIRIŞ

Enterovirusların təbiətdə mövcud olması iki əsas amilin - insanın və ətraf mühitin olması ilə şərtlənmişdir. Insanda virusun çoxalması və toplanması baş verir, ətraf mühitdə isə (su, torpaq, qida məhsulları) yüksək davamlılıq xüsusiyyəti ilə əlaqədar yaşaması təmin olunur (Амбросьева, 2001; Лозовская и др., 2004). Virusun sürətlə yayılması riski insan populyasiyasınva güsdü enterovirus kütləsinin «atılması» zamanı xeyli artır ki, bu da adətən su və qida yoluxma yolu ilə realizasiya oluna bilər. Enterovirus infeksiyalarının vertikal yoluxma yolu da təsvir olunmuşdur (Глинских и Пацук, 2001; Самойлова, 2008). Anadangəlmə enterovirus infeksiyasının yüksək yoluxma riski, bir qayda olaraq, hamiləlik dövründə ananın keçirdiyi kəskin enterovirus infeksiyası ilə deyil, qadında persistent enterovirus infeksiyasının olması ilə müəyyən edilir. Qəfil uşaq ölümü sindromunu da anadangəlmə enterovirus infeksiyası ilə əlaqələndirirlər. Hamiləlik zamanı enterovirus infeksiyalarına tez-tez rast gəlinir, lakin nadir hallarda döl və ya hamilə qadında ciddi ağırlaşmaların səbəbkarı sayılırlar. Dölün bətndaxili yoluxması yalnız anada döğuş ərəfəsində və ya doğuş zamanı kəskin infeksiyanın baş verdiyi dövrdə mümkündür və bu zaman virusəleyhinə müdafiə immuniteti dölə ötürməyə imkan tapmır (Шабалов, 2000).

Ciftin yoluxması və virusun dölə ötürülməsi virusemiya dövründə mümkündür. Döl hematogen yolla ciftdən və ya infeksiya düşmüş amnion sularını udduqda yoluxur. Xoşbəxtlikdən dölün bətndaxili yoluxmasına nadir hallarda rast gəlinir və hətta kəskin epidemiyalar dövründə belə dölün anadangəlmə inkişaf qüsurlarının artması müşahidə olunmur. Lakin, enterovirus infeksiyası keçirmiş qadınlarda hamiləliyin ağırlaşmaları və dölün bətndaxili ölümünə dair məlumatlar vardır. Bundan başqa, persistensiya edən enterovirus infeksiyası hamiləliyin adəti pozulmalarına, fetoplasentar çatışmazlığın inkişafına və dölün bətndaxili yoluxmasına səbəb olur. Hamiləlik zamanı infeksiyanın qeyri-spesifik təzahürləri ilə yanaşı qızdırmaya və qarnın aşağısında kəskin ağrılarla müşaiyət olunan simptomokompleksə rast gəlinə bilər ki, bu da bəzən ciftin vaxtındanqabaq ayrılması və ya kəskin appendisit kimi qəbul olunur və operativ müdaxilənin aparılmasına göstəriş sayılır, əslində isə bu, kəskin virus mezadenitinin simptomudur (Кицак, 2004; Cowan, 2001).

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Klinik-laborator müayinə metodlarına anamnez, baxış, qanın ümumi müayinəsi, sidiyin ümumi müayinəsi, uşaqlıq yolu florasının yaxması, hormonların müayinəsi: estradiol, plasentar laktogen (PL), follikulstimulyasiyaedən hormon (FSH), lüteinləşdirici hormon (LH), progesteron, testosteron, dehidroepiandrostendion sulfat (DHEAS), tireotrop hormon (TTH) və sadə herpes virusunun (SHV), sitomeqalovirusun (SMV), toksoplazmozun, enterovirus infeksiyalarının (EVI) aşkarlanmasına görə aparılan müayinələr daxildir. Skrininq müaiynələrinin gedişində kontrol və əsas qrup ayırd edilmişdir ki, sonralar onlar cinsi yolla ötürülən infeksiyaların (mikoplazmoz, qardnerellez, ureaplazmoz, kandidoz) aşkarlanmasına görə daha ətraflı müayinə olunmuşlar.

Əsas müşahidə qrupunu 127 qadın təşkil etmişdir, sonralar onlardan 2 qrup yaradılmışdır: əsas – hamiləliyi pozulmuş (HP), EVI olan 83 qadın və kontrol qrup – HP, ancaq EVI olmayan 44 qadın.

IFA metodu ilə pasiyentlərin hamısının qan

zərdabında dövr edən steroidlər və peptid hormonları təyin olunmuşdur. Virus infeksiyalarının laborator diaqnostikasında aşağıdakı metodlardan istifadə olunmuşdur: dolayı immünflüoressensiya reaksiyası (DIFR), immunferment analiz (IFA), polimeraza zəncirvari reaksiyası (PZR).

Materialın statistik işlənməsi fərdi kompüterdə Microsoft office Excel 2007 proqramında yerinə yetirilmişdir.

NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI

Müayinə qruplarının pasiyentlərində hamiləliyin gedişini ətraflı qiymətləndirməzdən əvvəl nəzərə almaq lazımdır ki, enterovirus infeksiyası (EVI) olan hamilə qadınlarda çox vaxt virusgəzdirmə müşahidə edilmişdir ki, bu zaman bu və ya digər virusun təyin edilməsi heç də həmişə aydın klinik simptomatika ilə müşayiət olunmamışdır. Biz 1-ci və 2-ci qrupun pasiyentlərində hamiləliyin və doğuşun gedişini təhlil etmişik. Təhlil olunan qruplarda hamiləliyin müxtəlif gedişləri diqqəti cəlb edir (cədvəl 1).

1 saylı cədvəldən görünür ki, hamiləliyin 1-ci yarısının hestozu 2-ci qrupda 11,4% (5 hamilə) qadında qeyd olunmuş və hospitalizasiya tələb etməmişdirsə, 1-ci qrupda bu ağırlaşma 38,8% (32 hamilə) qadında müşahidə olunmuş və 6 hamilə qadının hospitalizasiyasına ehtiyac yaranmışdır. Enterovirus infeksiyası olan pasiyentlərdə hamiləliyin ən çox rast gələn ağırlaşmalarından biri hamiləliyin pozulma təhlükəsidir. Kontrol qrupda hamiləlik dövründə bir dəfə hamiləliyin pozulması təhlükəsi 34% (15 hamilə) qadında müşahidə olunmuşdur, halbuki əsas qrupun pasiyentlərində bu təhlükə resdivləşən xarakter daşımış və 68,1% (57 hamilə) qadında müşahidə olunmuşdur. Alınmış məlumatlar adəti hamiləlik pozulmalarının patogenezində infeksiyanın rolunu bir daha təsdiq edir və ədəbiyyat məlumatları ilə təsdiqlənir (Глинский и пацук, 2001; Самойлова, 2008; Шабалов, 2000).

Plasentar çatışmamazlıq diaqnozu EVI olan 42,6% (35 hamilə) qadında təyin olunmuşdur ki, bu da kontrol qrupdakı səviyyədən etibarlı şəkildə çoxdur – 2,3% (1 hamilə). Sidik yollarının infeksiyasının və plasentar çatışmamazlığın rast gəlmə tezliyinin artması bətndaxili infeksiyaya yol açan amillərdən sayılır.

Müayinə qruplarının pasiyentlərində uretradan və servikal kanaldan götürülmüş yaxmaların təmizlik dərəcəsi öyrənilmişdir. 1-ci qrupda 48% (40 hamilə) qadında bakterial vaginoz qeyd olunmuşdur, halbuki kontrol qrupda bu fərq aşkar edilməmişdir. Yaxmaların təmizlik dərəcəsi nə qədər yüksəkdirsə, infeksion əmsal bir o qədər yüksəkdir və bu, infeksiyanın qalxan yolunu və bətndaxili yoluxmanı müəyyən edir. Infeksiyanın PZR-diaqnostikası 1-ci və 2-ci qrupun hamilə qadınlarına 100% halda həyata keçirilmişdir.

Kontrol və əsas qrupun pasiyentlərində hamiləliyin nəticəsinin təhlili cədvəl 2-də verilmişdir.

Bir fakt da diqqəti cəlb edir ki, EVI olan hamilə qadınlarda vaxtında baş verən doğuşların tezliyi kontrol qrupla müqayisədə etibarlı şəkildə aşağıdır və 47% (39 hamilə) təşkil edir. Vaxtınqabaq doğuşların (hamiləliyin 34-37-ci həftəsində) tezliyi EVI olan qadınlarda sağlam hamilə qadınlarla müqayisədə etibarlı şəkildə yüksəkdir. Bu, onunla əlaqədardır ki, urogenital infeksiya olduqda, o cümlədən virus mənşəli, prostaqlandinlər sisteminin stimulyasiyası baş verir ki, o da öz növbəsində miometriyanın yığılma qüvvəsini artırır.

Planlı aparılan kesar kəsiyi kontrol qrupda 11%(5 hamilə) və əsas qrupda 10,6% (9 hamilə) qadında həyata keçirilmişdmr. Planlı əməliyyat üçün göstəriş uşaqlıqda çapıq, çanaq gəlişi, cift gəlişi, yüksək dərəcəli miopiya sayılır. Təxirəsalınmaz kesar kəsiyi üçün göstəriş doğuş fəaliyyətinin davamlı zəifliyi, dölün artan hipoksiyası olmuşdur.

Cədvəl 1. Təhlil olunan qruplarda hamiləliyin gedişinin ağırlaşmaları

Hamiləliyin ağırlaşmaları	I (əsas); p=83	II (kontrol); p=44
Erkən hestoz	32 (38,3%)	5 (11,4%)
Hamiləliyin pozulması təhlükəsi	57 (68,1%)*	15 (34%)*
Sidik yollarının infeksiyaları	33 (40,4%)*	1 (2,3%)
Hestoz	33 (40,4%)	18 (40,9%)
Plasentar çatışmamazlıq	35 (42,6%)*	1 (2,3%)
Azsululuq	23 (27,7%)*	1 (2,3%)
Çoxsululuq	16 (19,1%)	3 (6,8%)
Dölün inkişafının ləngiməsi sindromu (DILS)	26 (31,9%)*	2 (4,6%)
Dölün xronik bətndaxili hipoksiyası	18 (21,3%)	-
Hamiləlik zamanı keçirilmiş xəstəliklər	26 (31,9%)*	5(11,4%)

***p<0,05** – kontrol qrupla müqayisədə etibarlı fərqlər

Cədvəl 2. Hamiləliyin nəticəsinin təhlili

Hamiləliyin nəticəsi	I (əsas); p=83	II (kontrol); p=44
Vaxtında olan doğuşlar	39 (47%)*	42 (95,5%)
Vaxtındanqabaq doğuşlar	44 (53%)*	2 (4,5%)
Planlı kesar kəsiyi	9 (10,6%)	5 (11%)
Təxirəsalınmaz kesar kəsiyi	10 (12,8%)	2 (4,5%)

***p<0,05** – kontrol qrupla müqayisədə fərqin etibarlılığı

Cədvəl 3. Müayinə qruplarında dölün hipoksiyasının tezliyi

Dölün hipoksiyası	I (əsas); p=83	II (kontrol); p=44
Xronik hipoksiya	23 (27,7%)*	2 (4,5%)
Kəskin hipoksiya	4 (4,3%)	-

***p<0,05** – kontrol qrupla müqayisədə fərqin etibarlılığı

Ən çox rast gələn ağırlaşma əsas qrupda 55% (46 hamilə) pasiyentdə dölyanı suların vaxtındanqabaq axması olmuşdur, kontrol qrupda isə bu ağırlaşma 29,5% (13 hamilə) halda müşahidə olunmuşdur. Kontrol qrupla müqayisədə əsas qrupun hamilə qadınlarında dölün kəskin və xronik hipoksiyasının yüksək tezliyi diqqəti cəlb edir. Bunu o fakt izah edir ki, urogenital infeksiya olduqda plasentar çatışmamazlıq şəklində hamiləliyin ağırlaşmalarının inkişaf riski artır və bunun nəticəsində dölün bətndaxili hipoksiyası nkişafı edir. Dölün kəskin hipoksiyası əsas qrupun pasiyentlərində qeyd olunmuş və 4,3% (4 hamilə) təşkil etmişdir. Kontrol qrupda bu ağırlaşma rast gəlməmişdir. Kontrol və əsas qrupun analarında doğuşdan sonrakı dövr eyni sürməmişdir. Kontrol qrupda doğuşdan sonrakı dövrün ağırlaşmaları müşahidə olunmamışdır. EVI olan hamilə qadınlar qrupunda anaların 91,5%-də (75 hamilə) doğuşdan sonrakı dövr ağırlaşmalarsız sürmüşdür, halbuki 8,5% (7 hamilə) qadında uşaqlığın subinvolyusiyası baş vermişdir. Əsas qrupda kontrol qrupla müqayisədə yeni doğulmuşlar arasında xəstələnmənin daha yüksək tezliyi nəzərə çarpmışdır – 98% (42 yeni doğulmuş) hadisədə yeni doğulmuşlar sağlam olmuşlar (cədvəl 3).

EVI olan analardan doğulan uşaqlar 21% (17 yenidoğulmuş) sağlam olmuşlar, qalan 79%-in (66 yenidoğulmuş) xəstəliyi vardır. Bu qrupun yeni doğulmuşlarının xəstələnməsinin strukturunda 21%(17 yenidoğulmuş) dölün hipotrofiyası, 17% (15 yeni doğulmuş) – pnevmoniya, 13% (11 yeni doğulmuş) konyunktivit, 13% (11 yeni doğulmuş) RDS, 11% (9 yenidoğulmuş) aspirasion sindrom, 4% (3 yeni doğulmuş) - meningit üstünlük təşkil etmişdir. Bətndaxili infeksiya (BDI) yeni doğulmuşların 29%-də (24 yeni doğulmuş) inkişaf etmişdir. Xronik hipoksiya EVI olan analardan doğulmuş uşaqların 27,7%-də (23 yeni doğulmuş) və yalnız sağlam analardan doğulmuş uşaqların 4,5%-də (2 yeni doğulmuş) təyin edilmişdir. Yuxarıda qeyd olunan məlumatlar anamnez məlumatları, hamiləlik və doğuş zamanı baş verən ağırlaşmalarla sonradan meydana çıxan bətndaxili yoluxmanın təzahürləri arasında əlaqə olduğunu güman etməyə əsas verir.

ƏDƏBIYYAT

Амвросьева Т.В. (2001) Современное состояние проблемы энтеровирусных инфекций человека. Медицина, **№2:** 39-41.

Лозовская Л.С., Покрышкина У.Л., Бочаров Е.Ф., Мелешина О.Б. (2004) Диагностика энтеровирусной инфекции методами кариологического и иммуннофлюоресцентного анализа. Метод. Рекомендации. М: Медицина, 14 с.

Глинских Н.П., Пацук Н.Б. (2001) Перинатальные вирусные инфекции (этиопатогенез, диагностика, лечение и профилактика). Екатеринбург: ЕНИЖИ; АМБ, 128 с.

Самойлова А.В. (2008) Внутриутробная инфекция в структуре заболеваемости и смертности новорожденных. Мат-лы II регион, научного форума «Мать и дитя». Сочи: с. 252-253.

Шабалов, Н.П. (2000) Проблемы классификации внутриутробных инфекций. Педиатрия, **№1:** 87-91.

Кицак В.Я. (2004) Вирусные инфекции беременных: патология плода и новорожденных. Кольцово: ЗАО «Вектор-Бест», с. 22-57.

Cowan F.M. (2001) Developing preventative strategies in Europe. Int. J. Epidemiol., **30(6):** 588-58.

Гейдарова Н.Ф.

Особенности Течения Беременности у Женщин с Энтеровирусной Инфекцией

Одним из наиболее частых осложнений беременности у пациенток с энтеровирусной инфекций была угроза прерывания беременности. В контрольной группе однократно в течение беременности угроза прерывания наблюдалась у 34,0% пациенток, тогда как у пациенток основной группы угроза носила рецидивирующий характер, и наблюдалась в 68,1%. Диагноз плацентарной недостаточности был установлен у 42,6% пациенток с энтеровирусной инфекцией, что достоверно превышает частоту в контрольной группе 2,3%. Увеличение частоты встречаемости инфекции мочевыводящих путей и плацентарной недостаточности непосредственно являются факторами, способствующими реализации внутриутробного инфицирования. Наиболее частым осложнением было преждевременное излитие вод у 55,0% беременных основной группы, в контрольной группе данное осложнение наблюдалось у 29,5% случаев. Приведенные выше данные позволяют предполагать взаимосвязь между анамнестическими данными, осложнениями во время беременности и во время родов, с последующим проявлением внутриутробного инфицирования.

Heydarova N.F.

Features of the Current of Pregnancy in Women with the Enterovirus Infection

One of the most frequent complications of pregnancy patients with enterovirus infections had a threat of interruption of pregnancy. In control group unitary during pregnancy interruption threat was observed at 34.0% of patients whereas at patients of the basic group threat carried repetition character, and observed in 68.1%. The diagnosis of placentary insufficiency has been established at 42.6% of patients with enterovirus an infection, that authentically exceeds frequency in control group of 2.3%. Increase in frequency of occurrence of an infection to deduce urine ways and placentary insufficiency directly are the factors promoting realisation prenatal infected. The most frequent complication was premature pour waters at 55.0% of pregnant women of the basic group, in control group the given complication was observed at 29.5 % of cases. The data cited above allow assuming interrelation between anamnesis data, complications during pregnancy and during sorts, with the subsequent display pre-natal infected.